



XLIX Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 149 de 2020

Carpeta Nº 54 de 2020

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

VOLUNTAD ANTICIPADA DE RECIBIR TRATAMIENTO EN CASO DE CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 5 de agosto de 2020

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Silvana Pérez.

Miembros: Señores Representantes Alfredo De Mattos, Fernando Cáceres, Lucía Etcheverry Lima, Cristina Lústemberg y Nibia Reisch.

Delegado de Sector: Señor Representante Luis Gallo Cantera.

Invitados: Cátedra de la Infancia y Adolescencia: profesora doctora Gabriela Garrido; Sociedad de Psiquiatría del Uruguay: doctores Luis Villalba, Juan Triaca y Cecilia Idiarte Borda; por la Asociación de Psiquiatras del Interior: doctor Ricardo Castelli, Sociedad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia: doctor Gabriel Rossi y Sindicato Médico del Uruguay: doctor Gustavo Grecco.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Jeanette Estévez.

═════II═════

SEÑORA PRESIDENTA (Silvana Pérez Bonavita).- Habiendo número, está abierta la reunión

Se da cuenta de los asuntos entrados:

PROYECTOS DE LEY

-CUIDADOS PALIATIVOS. Se establecen derechos y garantías a la asistencia integral. (C/536/2020.Rep.188).

-SERVICIOS DE TELEMEDICINA. Modificación del artículo 7 de la Ley Nº 19.869. (C/540/2020. Rep.189)

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el gusto de recibir a la Cátedra de Psiquiatría de Adultos, a la Cátedra de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia de la Universidad de la República, a la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y a la Sociedad de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, representadas por las doctoras Gabriela Garrido y Cecilia Idiarte Borda y por los doctores Luis Villalba, Ricardo Castelli, Gabriel Rossi, Juan Triaca y Gustavo Grecco.

Estamos tratando el proyecto de ley "Voluntad anticipada de recibir tratamiento en caso de consumo abusivo de drogas".

SEÑOR ROSSI (Gabriel).- Represento a la Sociedad de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia.

Quiero aclarar que también está presente el doctor Castelli, representando a la Asociación de Psiquiatras del Interior.

SEÑOR VILLALBA (Luis).- Represento a la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

Queremos agradecerles la oportunidad de estar en esta comisión. La reunión anterior nos pareció muy interesante. Creo que ya conocen nuestra postura. Más que nada, vinimos para escuchar las preguntas e inquietudes que tengan y, si lo desean, presentarles alguna propuesta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quienes estuvieron en la pasada visita tal vez puedan hacer una devolución al respecto y, quienes no estuvieron, pueden hacer algunas consultas que hayan quedado pendientes.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Es un gusto recibirlos una vez más.

Creo que en la etapa del tratamiento del proyecto de ley que estamos estudiando es muy importante el intercambio de opiniones, a los efectos de poder mejorarlo.

Nos parecía muy importante que volvieran porque, lamentablemente, la otra vez no pudimos contar con la presencia de la señora diputada Nibia Reisch, que es quien presentó el proyecto.

Por esa razón, solicitamos que vinieran nuevamente, ya que nos parece muy importante el intercambio de opiniones entre las cátedras y la redactora del proyecto, a los efectos de aclarar un poco la situación, aunque en lo que me es personal ya tengo una definición clara y los invitados la conocen, así como con los integrantes de esta Comisión, dado que hace muchos años que venimos tratando el tema.

Creemos que esta no es la salida adecuada, pero de todas maneras siempre estamos abiertos a mejorar y a colaborar con los proyectos. Esa era la idea: el diálogo y

el intercambio de opiniones para ver cómo podemos mejorar una situación que la Comisión tiene como problema, porque la adicción en los jóvenes y las adicciones pesadas son un problema. También lo es todo lo que traen las adicciones, como decíamos el otro día al escuchar a las madres que sufren este problema diariamente y que se les va de las manos. La preocupación está. Busquemos los caminos para ver cómo podemos mejorar eso. En esa línea es que vamos a trabajar.

SEÑORA ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Quiero agradecer la presencia de la delegación.

Una de las cosas que había quedado pendiente -consta en la versión taquigráfica-, sobre la que se trabajó y se intercambió bastante era el espíritu de este proyecto: dar respuesta a una de las situaciones de uso problemático de sustancias, por lo que genera en los ámbitos familiar y comunitario.

En el marco de la ley de salud mental, una de las cosas que se mencionaba eran los dispositivos que estaban comprendidos en un abordaje multidimensional.

Habíamos solicitado a la delegación -consta en la versión taquigráfica- que, si podían, hoy trajeran algunas propuestas concretas vinculadas a la generación de esos dispositivos que los invitados entendieran falta reglamentar y que, además, tienen un correlato presupuestal, teniendo en cuenta que estamos muy próximos a tratar el presupuesto. Esto es parte de las respuestas que entendemos debemos dar en el marco del espíritu de este proyecto.

SEÑOR DE MATTOS (Alfredo).- Agradezco su presencia. Es muy importante que esté presente el doctor Castelli, en representación de la Asociación de Psiquiatras del Interior.

En consonancia con lo planteado por la señora diputada Etcheverry Lima, pienso que es importante la información que puedan darnos sobre el tema puntual que nos atañe, ya que en todo el país estamos en campaña por las elecciones departamentales, en la que varios candidatos han propuesto cosas puntuales para el tratamiento de la adicción. Es un tema de campaña. Decimos que la adicción al alcohol y al cigarrillo es más importante que esta, pero en el interior tenemos la problemática de venta y consumo de pasta base, sobre todo, en los barrios más carenciados, donde hay mucha pobreza.

Además de las comentarios que tienen sobre este proyecto, nos interesa escuchar sus propuestas y, sobre todo, cómo podemos ayudarlos en el interior en cuanto al manejo de este tema que, seguramente, no se va a arreglar con la construcción de áreas de internación para este tipo de gente, que es lo que proponen muchos de los candidatos.

La idea es estar atentos a lo que plantean ustedes y ver qué podemos incorporar para la población del interior que tanto lo necesita.

SEÑORA REISCH (Nibia).- Bienvenidos. Las disculpas del caso porque no pude estar en la reunión anterior, dado que al tomarme la temperatura al ingreso al Parlamento me dio por encima de lo permitido, razón por la cual no pude ingresar.

Les agradezco sus aportes. En realidad, yo firmé este proyecto, pero fue elaborado a raíz de un movimiento de la sociedad civil, por un conjunto de familiares que hace mucho venían luchando. Lo presenté en el período anterior y ahora lo presentamos nuevamente. Siempre mencionamos que era el puntapié inicial para buscar una salida y que no pretendíamos que el proyecto fuera aprobado tal cual fue presentado. Es más: siempre entendimos que tenía que ser enriquecido y se tenía que generar un debate. Ese fue el espíritu cuando presentamos este proyecto.

Entendemos que en nuestro país todavía no se ha hecho lo suficiente para transitar el camino de la rehabilitación. Firmé el proyecto, porque en el período pasado ningún otro diputado compartió la iniciativa, pero entendía que era el puntapié inicial para generar un debate a nivel nacional y también la búsqueda de soluciones a esta problemática.

Reitero mis disculpas por no haber participado de la reunión anterior, pero estoy al tanto de lo que han expuesto. Destaco que los invitados son connotados profesionales en las áreas que se manejan y vamos a tener en cuenta sus aportes.

En el día de hoy vine con la expectativa de ver qué aportes podían realizar en el marco del espíritu que mencioné anteriormente.

Les agradezco a todos su presencia.

SEÑOR TRIACA (Juan).- Represento a la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

Queremos agradecer la oportunidad de volver a estar en esta Comisión. Por un lado, quiero reiterar algo que expresamos en el documento. Me parece que uno de los puntos fundamentales con relación a la temática es que existen sobradísimos trabajos en todo el mundo que han llevado a que haya que hablar de un cambio de paradigma. No es la droga la que hace la cuestión, sino que es la historia de un individuo en un contexto familiar y social la que produce determinantes vinculares. Esa es la forma de vincularse con un objeto, en este caso, la sustancia tal o cual y, muchas veces, no casualmente, es un tema de policonsumo.

Esto como un enorme titular, discutible y a profundizar algo más en el documento, pero quería plantearlo, porque tiene que ver con algún otro documento que elaboramos y trajimos hoy para poder dejar a consideración, que consideramos un poco como la reformulación de la red asistencial. Este concepto -también de pensar estos fenómenos en términos de red asistencial- va de la mano con esta cuestión de la plurideterminación del fenómeno y el abordaje interdisciplinario e interinstitucional. Creo que son cosas que no pueden faltar. En este sentido, creemos que en muchos de los niveles asistenciales es necesario reformular algunos dispositivos. Hay muchísimos. También tenemos un documento que nos gustaría aportar, que es un resumen con énfasis en ASSE, de lo que hay en Uruguay. Hay documentos de la Secretaría Nacional de Drogas que en ese sentido ilustra la cantidad de puntos y accesos que hay en todo el Uruguay. Es muy grande. Tal vez, a nuestro criterio, no están bien enlazados. La derivación de uno a otro es difícil o hay algo que falla por el camino.

El otro día manifesté que si me obligaran a decir que tengo que elegir uno, yo elegiría el primer nivel y lo sigo pensando. No obstante ello, quiero plantear que hay un dispositivo al que recurren en estas situaciones. Quisiera que no habláramos de la sustancia en sí, sino de quiénes usan determinada sustancia, de la historia que han tenido y del contexto en el que viven.

Uno de los dispositivos que está faltando en la red y que muchas veces intentamos que las instituciones armaran y no han podido es el dispositivo de atención en la urgencia, a los efectos de que alguien pueda, en ese momento de necesidad asistencial, recurrir a una puerta y que tenga una asistencia digna, adecuada, respetando los derechos humanos y la experticia técnica con la que se debe abordar este tipo de fenómenos que, otra vez, repito, tiene que ser interdisciplinario.

En esa puerta que hoy no hay, tiene que haber determinados técnicos para que, de entrada, realicen el abordaje adecuado de estas problemáticas.

Trajimos otro documento, que es la posibilidad de una puesta en marcha de estos dispositivos en algunas de las puertas de emergencia, por ejemplo, en Montevideo, que

es un poco más complicado, porque en la mayoría de los departamentos del interior, en general hay una o dos puertas y en ciudades menores, de repente, hay una. Entonces, sería ahí, pero en Montevideo, en dos o tres puertas claves del sistema asistencial público.

Otro gran capítulo es qué pasa con lo privado. Personalmente venimos de ASSE. Estuvimos muchísimos años trabajando en ese organismo y es lo que más conocemos y defendemos, pero no hay que olvidarse de la otra mitad, que tiene que ver con lo privado, donde tampoco hay estos dispositivos. Es más: hay muchos menos en lo privado que en lo público en relación a los abordajes de la problemática de consumo de sustancias. Hay muchos más dispositivos técnicos a nivel de la órbita pública que de la órbita privada. Entonces, este dispositivo de tercer nivel -por eso decía lo del principio- de puerta de emergencia, de carácter interdisciplinario, es fundamental. Es un dispositivo en el que, de repente, se baraja la situación de entrada y en urgencia, y se ve qué se puede tramitar, y en dos o tres días se plantea un diagnóstico situacional. Esto quiere decir, se hace el abordaje toxicológico propiamente dicho, de la o de las sustancias en cuestión, pero sobre toda la dimensión de este sujeto que se vincula de determinada manera con ese objeto y todo su contexto familiar y social, siempre en conjunto. Entonces, a partir de este diagnóstico situacional se determinará cómo seguir: si esto tendrá que seguir en un dispositivo de primer o segundo nivel, de acuerdo a la situación, al entorno, o si requiere continuar el abordaje en un centro especializado de tercer nivel, más en agudo o subagudo, hasta dispositivos que se denominan de tipo comunidad terapéutica, de tiempos más prolongados. Algo de esto es lo que desarrollamos en este documento, que creemos tiene una virtud -seguramente tenga un montón de defectos y aspectos para mejorar-, que es reformular lo que ya hay. Quiero decir que no implica muchísimos gastos. Por ahí sí se necesita reforzar los recursos humanos, pero con los dispositivos existentes. No hay que hacer un centro nuevo. Lamentablemente, no nos dio el tiempo para hacer los cálculos de recursos humanos y costos.

Había olvidado decir que este documento también fue elaborado por los compañeros de la Secretaría Nacional de Drogas. Básicamente, lo hicieron ellos. Allí se está calculado cuántas plazas hay -de acuerdo con la rotación planteada, en una escalera de varios dispositivos con distintas formas asistenciales y diferentes niveles y tiempo- y cuántas camas hay por año. Si tengo una rotación de tres días en el dispositivo de la emergencia, tengo que ver cuánto me da si voy a armar quince camas por tres en el mes, y así sucesivamente con dispositivos de tres días, de cinco días, de diez días, de veinte días y hasta alguno de ciento ochenta días, que planteamos en las situaciones más graves y complejas.

Una última cosa que quiero decir tiene que ver con algo que en los últimos años está de moda, que es lo de la patología dual. Se habla mucho de patología dual. Yo creo que si estamos hablando de dependencia estricta y sostenida en el tiempo, siempre se trata de una patología dual. Después hay fenómenos específicos de determinado trastorno mental con la adicción y eso es, claramente, dos diagnósticos, pero hay una estructura de funcionamiento que hace que siempre sea dual cuando está instalada la dependencia. De ahí que los abordajes tengan que ser combinados e interdisciplinarios.

¿Cómo funciona esto? Trajimos los documentos en papel. Podemos enviarlos por mail, si hay un mecanismo.

SEÑORA PRESIDENTA.- De cualquiera de las maneras es perfecto. Si lo tienen impreso, en la Secretaría se encargarán de escanearlo y de enviarlo a todos los miembros de la Comisión. Todo este material es muy valioso, por lo que les agradecemos que lo hayan traído.

SEÑOR ROSSI (Gabriel).- Represento a la Sociedad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia.

Concuerdo totalmente con lo que planteaba el doctor Triaca. Querría hacer algunas exhortaciones. En primer lugar, si se pudiera legislar para no hablar más de adicción, lo agradeceríamos, porque creo que la palabra "adicción" estigmatiza, limita y, muchas veces, habla de adultos.

Nosotros, que venimos de trabajar con la niñez y la adolescencia, entendemos que se tendría que hablar de consumos problemáticos. Esto no es que la adicción no exista. La palabra "adicción" ya casi se ha eliminado de los manuales de psiquiatría, tanto del DSM- 5, como del CIE 10 que son los de la OMS y de la sociedad de psiquiatría americana, por el tema estigmatizante que genera. Entonces, se está tratando de usar la palabra "dependencia".

En general, intentamos utilizar la expresión "consumo problemático", que engloba el tema de la dependencia, pero no es solo eso. ¿Por qué? Porque si estamos hablando de adolescentes consumidores esporádicos de alcohol, sobre todo, no entran dentro de la palabra "adicción" y capaz que nunca van a ser adictos, pero tienen un consumo problemático y se pueden morir por esa situación. Nosotros tenemos que ser inclusivos, tratando de pensar en toda la población.

En ese sentido, cuando hablamos de adicción, no hablamos de ninguna manera de niños ni de adolescentes. ¿Puede ser que haya niños y adolescentes adictos? Sí, puede ser. Lamentablemente, en la época de los noventa había muchos gurises de calle que eran adictos a los inhalantes, lo que era noticia.

También hay chiquilines muy jóvenes consumidores de pasta base, que es una droga muy adictiva, y pueden llegar a ser adictos, pero son excepciones.

Desde el punto de vista poblacional, como decíamos el otro día, tenemos doscientos sesenta mil personas con consumo problemático de alcohol y están invisibilizados, porque si a ellos se les llama "adictos" es una mala palabra, pero si se llama "adictos" a lo consumidores de pasta base, uno sabe bien de lo que se habla.

A mi me parece que, desde el punto de vista político y desde el punto de vista técnico, sería bueno abolir la palabra "adicción" e incorporar el tema del consumo problemático como algo más inclusivo, porque claramente estamos hablando de una mayor cantidad de población.

La población consumidora de pasta base no ha aumentado a lo largo del tiempo. Está en aproximadamente un 0,8% de la población del Uruguay y en un 8% a nivel de la población de los sectores periféricos de Montevideo, de la zona metropolitana. Esto para nada quiere decir que no sean importantes ni que muchos de los dispositivos de los que habla el doctor Triaca no sean utilizados mayoritariamente por los usuarios de pasta base, más allá de que una de las cosas que está creciendo en el último tiempo son los consumidores problemáticos de marihuana. Lo que no crece nunca son los consumidores de alcohol, lo que constituye el mayor problema para la salud pública. Se mueren más uruguayos por el tema del alcohol y del tabaco que por otra cosa, pero en términos de cantidad de población, desde el punto de vista de la salud, muchas veces son menos prioritarios.

Otro tema siempre olvidado y que tiene poca prensa es el relativo a la prevención. Muchas veces vamos a un colegio, hay un problema con un chiquilín que consumió y se dice: "Vamos a hacer un taller de prevención de adicciones". Ya le estamos errando, porque si hablamos de adicciones, estamos hablando de otras personas, no de ellos.

Estamos hablando de un adulto que pasó mucho tiempo y desarrolló una adicción, pero tenemos que hablar del consumo actual, para que no se inicie o se inicie más tarde.

Hay estudios bien interesantes de la Organización Mundial de la Salud. Desde el punto de vista de la evidencia, el que está mejor en el ranking es un proyecto de prevención que se llama "Enfermera madre- bebé". Son madres que tienen dificultades con el consumo de sustancias, que son asistidas antes de que nazca el niño y durante el año siguiente al nacimiento del bebé. Eso es lo que a lo largo del tiempo tiene más poder preventivo en adicciones para el bebé.

Adviertan que nosotros podemos hacer prevención de drogas no solo hablando a liceales, con los que, desde el punto de vista de la evidencia, vamos a tener a veces poca efectividad, pero podemos llegar a trabajar -la doctora Garrido puede hablar mucho más que yo de eso- sobre el apego seguro, o sea, promover un encuentro adecuado con ese bebé. Eso puede ser premonitorio para el tema de las drogas y para otras cosas, pero el tema drogas no empieza cuando el chico va a llegar a la adolescencia.

Otra cosa interesante a tener en cuenta es el Plan Nacional de Salud Mental. A veces tenemos una dualidad entre lo que se plantea a nivel público y lo que se plantea a nivel privado.

A nivel público, ASSE ya ha planteado -hasta hay números- el tema de los dispositivos de acuerdo con la ley de salud mental y de acuerdo con el Plan Nacional de Salud Mental, pero muchas veces desde el sector privado es bastante flaca la propuesta o no la hay.

Durante muchos años hemos tenido a personas que se han cambiado de los prestadores privados al prestador público, porque el privado no daba una solución a su problema de consumo de sustancias y, cuando se lo daba, era una solución psiquiátrica. Lo internaba por treinta días en un centro psiquiátrico y ese era el tratamiento de drogas que, en realidad, para lo único que servía era para separarlo de su entorno durante treinta días. A lo largo de la vida de la persona, eso no es efectivo.

Como dice el doctor Triaca, tenemos que trabajar a nivel interdisciplinario y desde un marco temporal en el que se trabaje durante todo el tiempo. Es tan importante el tratamiento de ese tiempo que la persona está ingresada en un centro de tratamiento -si es que lo necesita-, como la salida y la reinserción de esa persona en la sociedad.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Quiero hacer dos o tres comentarios y pedir disculpas, porque tengo que concurrir a otra comisión. Para mí esta es la más importante; por eso vine, pero hay una delegación en otra comisión y tengo que estar presente.

Antes de retirarme, quiero dejar dos o tres conceptos y preguntas.

Estamos tratando un proyecto de ley de voluntad anticipada para que el adicto firme. Todo lo que dicen nutre el conocimiento de las señoras legisladoras y de los señores legisladores, pero en realidad tenemos que tratar un proyecto de ley de voluntad anticipada. Entonces, la primera pregunta es: ¿están de acuerdo o no? Por lo que dijeron durante su comparecencia anterior, entiendo que no, pero este es un proyecto de ley. ¿De qué manera podemos contribuir con un proyecto para mejorar esta problemática? Porque todo lo que contó el doctor Triaca no necesita una ley; necesita voluntad política y aumentar la complementación.

Estoy totalmente de acuerdo con lo que acaba de potenciar: tres o cuatro puertas en Montevideo y una en cada capital departamental, y se me viene a la cabeza la complementación entre el sector público y el privado. No tiene ningún sentido contar con

un equipo interdisciplinario en Tacuarembó, y tener dos equipos montados. Entonces, me parece que tenemos mucho campo. Para eso, no se necesita una ley.

Entonces, la pregunta que les hago es la siguiente. ¿Qué se les ocurre en concreto? Porque estamos de acuerdo con la problemática, pero no con la solución del problema. Pensamos que no lo vamos a resolver. Entonces, es como si se estuvieran mezclando las cosas.

Concuerdo plenamente con que utilizar la palabra "adicciones" en este tema es un error. Lo discutimos en salud mental. Es el consumo problemático. Cuando tratamos el tema del alcohol, hablamos de consumo problemático de sustancias psicoactivas y no hablamos de adicciones. Me parece que el mundo va para ese lado.

Valoro mucho su presencia y los aportes de conceptos para nuevas legislaciones, pero concretamente estamos abordando este proyecto de ley. Todo lo que mencionaron los invitados va a ser muy importante para estudiar y ver cómo nos comprometemos en el futuro presupuesto quinquenal, porque todo lo que mencionaron necesita recursos económicos.

Todo este aprendizaje que estamos teniendo será muy importante cuando lleguemos la discusión presupuestal, para ver de qué manera potenciamos la salud mental y, dentro de esta, este problema que realmente llega a treinta mil uruguayos. El 0,8 % de tres millones y medio son veintiocho mil personas que padecen este problema.

Quería dejar esa constancia y avisar que en diez minutos me voy a tener que retirar.

SEÑOR CASTELLI (Ricardo).- Soy presidente de la Asociación de Psiquiatras del Interior. Agradezco la invitación y ser el interior el que plantee esto, porque a veces a nosotros, los psiquiatras, nos cuesta un poco sentarnos a charlar sobre un tema que tiene muchas puntas y que es muy complejo. Es muy difícil abordarlo en el caso de niños y adolescentes; es muy difícil con los adultos y es muy difícil cuando hablamos de un sexo femenino o un sexo masculino. Las cosas son muy complejas en el tema. Hay cosas con las cuales estamos todos de acuerdo

Coincido plenamente con lo manifestado por el doctor Triaca y con lo que han manifestado los demás colegas. Tenemos que avanzar en esos aspectos que son básicos. Creo que hoy tenemos la oportunidad de decir dos o tres cosas que son importantes, por lo menos en lo que venimos trabajando a nivel del interior, tratando de coincidir en el tema, aunque no es fácil.

El primer punto refiere a asumir todos -ni que hablar ustedes, como legisladores- que no hay ninguna droga que en su uso persistente y mantenido no genere una enfermedad. Por supuesto que hay gente que la controla, pero el uso permanente o abusivo de cualquier sustancia, la que elijamos -así nos pasó con el tabaco, nos pasa con el alcohol y con todas las sustancias de las que hablamos-, genera una enfermedad. Para mi ese concepto es básico para dar un segundo paso, que es que debemos tener una política de salud que apunte al cuidado de la persona humana, de nuestros niños, de nuestros adolescentes, de nuestros adultos, que realmente sientan que aquellos que consumen están asumiendo un riesgo, que de alguna manera tenemos que educar e informar que ese riesgo existe y que realmente causa enfermedades, causa problemas judiciales, causa problemas en la calle y causa problemas en la familia. En fin, la lista es casi infinita y estaremos dando un paso realmente importante si decimos que las sustancias psicoactivas, en su uso problemático, realmente enferman.

El segundo paso es asumirlo como debe ser: un problema de salud comunitaria del Ministerio de Salud Pública.

Hay países que tienen como postura una sociedad libre de drogas. Nosotros estamos trabajando en ese sentido. No les traje un proyecto ni una propuesta, porque realmente no puedo decir que haya consenso en esto; al contrario -ustedes me miran con cara de miedo-, no se trata de prohibir las sustancias. Las sustancias están ahí y van a seguir estando. El tema es educar, hacer la parte preventiva de la que se hablaba. Es así. Nosotros tenemos que ayudar a nuestros niños y adolescentes a que entiendan que este es un proceso y que eso que ellos pueden ver como una diversión, como un juego puede serlo a los trece, a los quince o a los dieciocho, pero después tiene sus consecuencias. Entonces, hay que trabajar en ese sentido y los señores legisladores tienen una posibilidad que hay que pensar juntos. No es cuestión de decir que queremos una política con una sociedad libre de drogas. No es tan fácil la cosa, pero sí es claro que no podemos prohibir. No hay duda de que esto no se puede prohibir. Esto no se para con una ley seca, como la que intentó imponer Estados Unidos, que fue un disparate y tuvo consecuencias enormes.

No sé si han tenido la oportunidad de leer un informe que hizo Cinve, creo que para la Junta Nacional de Drogas, acerca de los gastos que generaba el alcohol en el Uruguay. Ese es un estudio recomendable, de 2017, que hay que estudiar, que está muy actualizado y muestra algo terrible. Gastamos US$ 650.000.000 por año en alcohol, que es una de las sustancias que se cruza y se combina con todas estas cosas. Tenemos que asumir que realmente la cifra asusta. Entonces, ese es nuestro planteo hoy a la Comisión. Creemos que debemos estudiar la idea de llegar a una política más restrictiva con respecto al tema sustancias, que evidentemente tiene que pasar por una desactivación o desestimulación del consumo. Sin ninguna duda, eso es educación y prevención.

Entonces, en ese sentido hay que trabajar mucho y, por supuesto, en todo el aspecto de punición y de legislaciones, que creo existe. Lo que pasa es que tenemos que desestimular el uso, y la forma de hacerlo es decir que realmente ayudará a nuestros jóvenes y a nuestros niños que vayan entendiendo que es una problemática de todos y que, si sus padres consumen, deberían tener otro tipo de cuidados.

Estamos trabajando en esto y quería dejar un par de ideas para pensar.

SEÑORA ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Quisiera hacer una pregunta muy concreta.

Agradezco el material, que es parte de lo que habíamos comprometido como propuesta, así que seguramente tendremos que volver a contactarlos para solicitar aclaraciones o profundizar en el tema.

Me parece importante -sobre todo, vinculado a los recursos humanos, que es una clave en las propuestas, más allá de no haber leído el documento, aunque creo que es precisamente lo que se ha estado planteando- saber, sobre todo, cuál es la realidad de la profesión en su distribución territorial, porque tenemos una situación de recursos humanos especializados muy concentrados en el área metropolitana y con mayores dificultades para instrumentar dispositivos en algunos departamentos del interior del país.

Como están presentes, quisiera saber cuál es la realidad vinculada a la especialidad en relación al territorio.

SEÑORA GARRIDO (Gabriela).- Soy profesora de psiquiatría pediátrica.

En realidad, nos piden dos cosas. Por un lado, un pronunciamiento en relación al anteproyecto de ley, que creo quedó bastante claro en el documento del otro día y, por otro, las propuestas o niveles de sugerencia.

En cuanto a lo primero, globalmente lo conversamos mucho hace unos días con respecto a niños y adolescentes. El planteo es que este anteproyecto de ley es innecesario por la legislación con la que ya contamos. Es algo bien concreto que puede servir. Lo que tenemos nosotros nos permite hacer las internaciones en condiciones de consentimientos y no requeriría este tipo de legislación, que además no asegura la voluntad del sujeto, sino de los padres. En ese sentido, no tiene cabida. Aquí se habla mucho del uso problemático de sustancias en niños y adolescentes. Uno se imagina que las puertas de los hospitales o de los centros de salud mental están llenos de esta población consultando, pero no es así. No es una consulta espontánea; no son adolescentes traídos en los momentos previos a las consultas

Mi información es respecto al nivel público. En el día de hoy, en el Pereira Rossell, teníamos cuarenta situaciones de niños y adolescentes hospitalizados por situaciones de violencia. Me refiero a maltrato físico, abuso sexual, intento de autoeliminación, es decir, violencia en todos sus posibles repertorios.

Esas situaciones están coordinadas, en un 80 %, con el Sistema de Protección de niños, niñas y adolescentes, con el INAU y con el Poder Judicial. Ninguna de estas condiciones es favorable ni nos ayuda a prevenir este tipo de problemáticas. Ese es un flagelo tremendo. Si unimos una cosa con otra, tenemos que poner muchísimos recursos en primer nivel y en territorio.

La legisladora preguntaba cómo andamos de recursos y qué cosas estamos haciendo. En números absolutos, en lo que tiene que ver con nuestra especialidad, la psiquiatría pediátrica, no estamos en una situación crítica. Sí estamos complicados en cuanto a la distribución. Estamos mejor que muchos otros países de América; trabajamos, desde hace tres años, en la formación de posgrados y con las pasantías de residentes en el interior.

Hay un problema que sí tiene que ver con las políticas: el incentivo que tienen los profesionales para trabajar en el interior, tanto en el ámbito público como en el privado. El reclamo es permanente, pero no hay un correlato de apoyos. Eso, sin duda, complejiza los recursos humanos.

Existe la necesidad de fortalecer el primer nivel para atender a esta población desde el comienzo. Tenemos algunos datos, por ejemplo, el de las mamás que, en el momento del parto, tienen consumos problemáticos muy importantes. Esos datos y esos estudios son de nuestra población. La cátedra de neuropediatría y neonatología ha hecho varias publicaciones a ese respecto. Sabemos que hay demoras en las consultas. Tenemos una red de protección en lo que tiene que ver con las organizaciones sociales, hay club de niños y están incorporados en una red donde hay cosas creativas para promover; también estamos trabajando en el cuidado. En estos momentos críticos, sería bueno que estas estructuras no se desarmen.

Existen algunos centros interdisciplinarios para la atención de problemas emocionales y del desarrollo a través de convenios con el BPS. Eso también implica protección. Un niño o un adolescente que empieza a sumar dificultades emocionales y viene arrastrando complicaciones en los aprendizajes, es un binomio inseparable. Cuando hay dificultades en el desarrollo, en cuanto al aprendizaje, problemas de déficit atencional, se asocia, en su mayoría, a problemas de conducta y emocionales. Estos son factores de altísimo riesgo para el consumo problemático de sustancias.

A las familias que vienen con el problema hay que atenderlas como a población de riesgo. En lo que refiere al ámbito y al proceso educativo, contamos con clubes de niños, espacios para adolescentes, etcétera; hay que cuidarlos porque son difíciles de organizar.

Si transportamos esos costos a los de atender la complejidad de los adultos, no hay punto de comparación. A veces, la urgencia nos lleva a querer resolver lo más importante, pero esto es una urgencia.

Hace muchos años que estoy en el hospital y estos números alarman a cualquiera. Lo único que se mantuvo durante la pandemia fue la consulta por abuso sexual. Cuando lo vi en los registros, no podía creer. Me refiero a números absolutos, no a números relativos. Consumo problemático de sustancias y violencia, son prácticamente inseparables. ¿Por qué? Porque la violencia no se da en cualquier contexto; se da en contextos vinculares alterados. Esto se agrava en contextos con otras dificultades socioeconómicas, pero también lo podemos ver en otros ámbitos.

SEÑORA IDIARTE BORDA (Cecilia).- En cuanto a la pregunta del diputado Gallo, creo que quedó explícito en la presentación que hicimos la vez pasada. Obviamente, no estamos de acuerdo con el proyecto de ley debido a fundamentos técnicos. Además, consideramos que el proyecto va en contra de lo que es la Ley de Salud Mental. No consideramos que tenga que haber una nueva ley para el abordaje de estos usuarios.

La Ley Nº 19.529, aprobada en 2017, en su artículo 5º señala que el consumo problemático de sustancias psicoactivas será abordado en el marco de las políticas de salud mental y deben recibir tratamiento en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, de forma integral y respetando los derechos humanos.

En ese sentido, consideramos -ese fue el aporte del doctor Juan Triaca- lo que se había solicitado en nuestra concurrencia pasada: señalar, desde el punto de vista técnico, dónde se debe poner énfasis en lo que refiere al presupuesto. Después habrá otros más abarcativos en lo que respecta a la salud mental en general. Esto ya está incluido en el marco de salud mental. Sumo a esto el énfasis en las unidades de salud mental en los hospitales generales, que prevé la ley. Las internaciones ya no serán en un hospital psiquiátrico monovalente, sino que se ampliarán las plazas de las unidades de salud mental de los hospitales generales.

Luego les podemos dar la estimación del número de plazas por tipo de estructura y departamento. Es un estimativo que se hizo en base a cuántas plazas de internación hay, cuántas plazas de centro diurno y cuántas plazas de un centro de rehabilitación. Es decir, las distintas estructuras que plantea la Ley de Salud Mental y cuál sería la estimación del número de plazas que se requeriría para todos los departamentos.

SEÑOR ROSSI (Gabriel).- Quisiera compartir una discusión en la que no tenemos una posición formada como Sociedad y que tiene que ver con lo que señaló Cecilia Idiarte. Me refiero a cómo se va cumpliendo la ley.

La norma establece que, por ejemplo, el Hospital monovalente Vilardebó se tendría que cerrar en 2025. Ahora hay algunos anuncios de parte del prestador público que señalan que va a haber un hospital judicial dentro del Vilardebó y lo estamos discutiendo. Me parece relevante poder tener una opinión al respecto; en API, la Asociación de Psiquiatras del Interior, no hay unanimidad al respecto.

También estamos en la discusión de la validez o no, en esta coyuntura, de un hospital judicial, con un presupuesto para eso. al respecto hay distintos puntos de vista. Quería comentarlo porque me parece importante.

SEÑOR DE MATTOS (Alfredo).- Usted habló del informe que tienen respecto a la necesidad de camas en todo el país, ¿lo pueden hacer llegar junto con la información del doctor Triaca?

SEÑOR TRIACA (Juan).- Muchos argumentos conceptuales y técnicos están en el documento. No es la droga la que hace a la cuestión, sino otra cosa. Entonces, lo que yo tengo que tratar no es esto, sino todo eso otro. Lo digo rápida, pero muy fuertemente: los ladrillos no curan a nadie, son otras las cosas que realmente generan modificaciones en las personas. Me refiero a un conjunto de abordajes, donde esté integrado lo familiar-social, sin poner el foco en un solo punto.

La otra cuestión por la que estoy en contra de este proyecto es que es inviable desde el punto de vista económico. Me pregunto con cuántos dispositivos tendríamos que contar para poner a una persona tres meses adentro de un centro, además de lo violento que es. ¿Qué nos ha enseñado todo este tiempo la clínica? La urgencia de internación es inversamente proporcional al deseo de querer irse rápido, ¿no? Es como aquella frase de: "No sé lo que quiero, pero lo quiero ya". No sé lo que quiero, tengo que llenarme con algo y eso es urgente. Lo digo muy respetuosamente porque es algo muy doloroso. No hay nada divertido en el consumo problemático, es puro sufrimiento. Quiero ya, pero dos días después, cuando ya se me fue la expectativa, la novelería, me encuentro en un lugar lleno de normas. Vengo de la calle y un día me encuentro en un centro, donde hay que levantarse a tal hora, donde tengo que convivir con más personas… me quiero ir. Entonces, la ley va a decir: "No señor, usted tiene que estar tres meses acá, porque usted firmó que se va a tener que quedar". Es muy violento. Entonces, ¿qué va a pasar con la persona que tendrá que quedarse ahí, con rejas y candado, cuando salga noventa días después? ¿No? Es decir, vos fuiste el que me hiciste firmar esto, nunca más voy a ir.

Me parece que esto no modifica, sino que agrava mucho más las cosas; como las complica cualquier cosa que hagamos poniendo el foco en lo problemático. De última, este uso problemático de las sustancias, termina siendo, paradójicamente, un intento de alivio y de autotratamiento fallido. Hay que quitar el foco de ahí para ver qué hay debajo de eso, como decía la profesora Garrido; las multideterminaciones donde lo violento siempre está. Me refiero a la violencia en actos, pero también al abandono, que es otra forma de violencia y que está en la base de estas situaciones.

SEÑOR CASTELLI (Ricardo).- Tomando lo que decía la diputada Etcheverry en cuanto a la distribución de técnicos en el interior, es muy heterogéneo. Es cierto que las poblaciones del interior tienen sus diferencias, pero hay lugares como Treinta y Tres, Artigas y Rivera que no cuentan con psiquiatra o tienen un psiquiatra radicado, pero trabaja solo en instituciones de asistencia privada o como psiquiatra forense. Entonces, al hospital y a ASSE no le dan ninguna entrada.

Tenemos que apoyarnos en el Sistema Nacional Integrado de Salud e integrar las tareas, de forma tal que podamos trabajar juntos y lograr atender a la población de ASSE -el 60% en el interior del país es usuaria de ASSE-, que es la más afectada, la que tiene más vulnerabilidad, y la que tiene más marginación y más problemas económicos. Evidentemente, es la más desatendida.

Este es un punto clave, que necesitamos promover.

¿Cómo lo hacemos? Hemos trabajado en algunas ideas con gente de la universidad que tiene actividades en Salto, Paysandú y Maldonado -aparentemente, a partir del año que viene también las tendrán en Rivera-, en torno a un proyecto para que los posgrados, quienes estén realizando residencias o quienes realicen pasantías puedan trabajar y colaborar. Esto implica recursos económicos, invertir y creer que tenemos que invertir más.

En primera instancia, esto también tiene que pasar por ASSE, que en salud mental invierte menos del 50% en el interior que, reitero, atiende al 60% de la población.

Es decir, hay un desfase que está dado por determinadas circunstancias -no se trata de atacar, sino que se han mantenido- que debemos revertir porque hay que aproximar la situación desde el punto de vista económico para que realmente la gente tenga trabajo y dedicación, es decir, posibilidades de radicarse.

En salud mental hay que trabajar en forma integrada. Ni qué hablar en la prevención. El Sistema Nacional Integrado de Salud debe estar en el interior del país como algo prioritario.

En lo que hay diferencias con los colegas, es en logar el apoyo de los pares. Para mí ha sido muy importante el apoyo que en algunas circunstancias hemos conseguido de Narcóticos Anónimos, de Alcohólicos Anónimos y de Amor Exigente, todas instituciones de autoayuda, que apuntan al apoyo a las personas con problemas de consumo, y que trabajan con la familia.

Reitero que nos han apoyado y dado una mano importantísima para trabajar.

Durante tres años nosotros trabajamos en Casa Abierta, una comunidad terapéutica; durante un año nos ocupamos de la construcción, del cambio del local, y cuando comenzamos a trabajar como pensábamos hacerlo, cambiaron las autoridades y dejamos de trabajar en la línea de consumo cero para pasar a una línea distinta. Eso generó un cambio en la política de la institución.

La razón de eso fue económica, porque en su momento Casa Abierta, por persona internada, tenía costos altos. Era una experiencia distinta; fue la única comunidad terapéutica que trabajó un año y medio con resultados bastante interesantes con respecto a la recuperación.

Era cuanto quería decir.

SEÑORA ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Agradezco los aporte.

Me quedó meridianamente clara la posición de lo manifestado en esta oportunidad como en la primera comparecencia.

Me quedo con tres cosas. Una de ellas es la perspectiva de prevención, no solamente de atención, sin dejar de reconocer el problema. También me quedo con el hecho de fortalecer los mecanismos y las cosas existentes. Como se ha dicho, esto implica un diálogo con otras políticas sobre la infancia, la adolescencia, la juventud, el consumo de alcohol. Es decir, hay una integralidad a preservar con cuestiones presupuestales, pero tal vez debamos afinar algunos planteos de otros organismos. Creo que es fundamental.

Me parece importante mencionar que en el abordaje específico faltan dispositivos para los momentos de crisis. A este respecto entramos en una especificidad sobre el diseño y los recursos presupuestales. Tal vez haya que pensar en una vía de diseño, que podrá tener una expresión legal, o no, que tiene ver con garantizar que para abordar la multidimensionalidad del problema se requiere de la variedad interdisciplinaria.

Ahí es donde tenemos una restricción importante, que no solo es de recursos económicos. También hay estímulos, tal como se ha planteado. Creo que ese es el punto. Es decir, favorecer para que no siempre se queden en el área central o metropolitana.

Además, eso tiene que ver con una lógica que atraviesa otras políticas que tienen que ver con la realidad del país. Todavía seguimos muy parados en la centralidad del área metropolitana.

Veremos cómo decanta eso. Tal vez no sea como mencionó el señor diputado Gallo respecto a la necesidad de legislar, sino de generar algunas modificaciones a la

normativa vigente que garanticen que se desarrolle como esta previsto, tal como era el espíritu en su momento.

Creo que habrá que transitar por ahí.

Les agradezco una vez más. Seguramente, a partir del documento los volveremos a convocar o veremos algunas otras instancias, que también son parte de llegar a acuerdos y no sólo en la Comisión.

SEÑORA REISCH (Nibia).- Agradezco por los aportes que todos han realizado.

Reitero que la idea de presentar este proyecto es que fuera un disparador para avanzar en la búsqueda de soluciones para esta problemática.

Después leeremos con mucha atención los documentos que nos dejaron pues, evidentemente, nos ayudará a profundizar en los conocimientos a la hora de buscar soluciones.

Quiero adelantarles que luego de leído el material, tal vez los consultemos telefónicamente para evacuar algunas dudas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Como decía la señora diputada Reich, queda abierta la vía de comunicación con la secretaría para enviarnos cualquier material que entiendan puede profundizar aún más los temas que consideramos en esta y en la anterior sesión.

Muchas gracias por el tiempo brindado a la Comisión.

(Se retira de sala la delegación)

——Queremos dejar constancia de que tal vez el próximo miércoles, a la hora 10, sesione la Cámara para considerar la rendición de cuentas. Por este motivo, deberíamos suspender la sesión de la Comisión del miércoles 12.

También quiero dejar constancia de que la información de todas las delegaciones que quieran concurrir por este proyecto se la hagan llegar a la secretaria.

Se levanta la reunión.

